

## 【特集】現代社会総合研究所2017 年度第2回シンポジウム講演録「日本における介護労働とその賃金：準市場とジェンダーの視点から」

|     |   |
|-----|---|
| 雑誌名 | 現代社会研究  |
| 巻   | 15  |
| ページ | 235-258   |
| 発行年 | 2017  |
| URL | <a href="http://id.nii.ac.jp/1060/00009621/">http://id.nii.ac.jp/1060/00009621/</a> |



## 現代社会総合研究所 2017 年度第 2 回シンポジウム講演録

### 「日本における介護労働とその賃金：準市場とジェンダーの視点から」

現在、日本社会は、介護労働力の不足という深刻な問題に直面しています。そして、この問題を解決するためには、日本の介護サービス市場をとりまく社会のありようについての適切な理解と、解決すべき課題の明確化およびコンセンサス形成、さらには実証的根拠に基づく問題解決策の提案が欠かせません。

本シンポジウムでは、「準市場」「ジェンダー」を鍵概念として介護労働をめぐる社会的状況とそ  
の変化を明らかにしたうえで、介護労働と賃金について、経済学と社会学の両分野における実証研  
究の知見を紹介します。こうして得られた「介護労働と賃金に関し解決すべき課題」についての共  
通理解に基づき、介護労働力不足解決のためにどのような対策や政策的対応を行うべきであるのか  
についても考えてゆきます。

コーディネーター：村尾祐美子（現代社会総合研究所運営委員、社会学部准教授）

主催：東洋大学現代社会研究所「超高齢社会の医療と介護に関する研究会」  
(2017 年 11 月 11 日（土）於 東洋大学白山キャンパス 125 記念ホール)

**大坂恵里**（現代社会総合研究所運営委員・法学部教授）

定刻になりましたので、始めさせていただきます。皆様、本日はお忙しい中、ご来場いただきまして誠にありがとうございます。ただいまより東洋大学現代社会総合研究所シンポジウム「日本における介護労働とその賃金：準市場とジェンダーの視点から」を開始いたします。

私は、本日司会を務めます東洋大学現代社会総合研究所運営委員の大坂恵里と申します。どうぞよろしくお願いいたします。（拍手）

初めに東洋大学現代社会総合研究所所長で、経営学部教授であります石井晴夫より開会のご挨拶を申し上げます。石井所長、よろしくお願いいたします。

**石井晴夫**（現代社会総合研究所長・経営学部教授）

皆さん、こんにちは。ご紹介いただきました現代社会総合研究所の所長を仰せつかっております経営学部の石井晴夫と申します。どうぞよろしくお願いいたします。今日は土曜日の午後、大変お忙しい中、東洋大学現代社会総合研究所の「日本における介護労働とその賃金：準市場とジェンダーの視点から」と題するシンポジウムにお越しいただきまして、まことにありがとうございます。現代社会総合研究所は白山キャンパスを中心とする全学的な大学の附置研究所で、現在、東洋大学

には七つの附置研究所がございます。そのうちの半分は理工系の研究所ですが、その中で社会科学、文系の分野ではこの現代社会総合研究所が一番規模や活動のエリアも広く、おかげさまで活発に研究等々の活動を進めております。

毎年このシンポジウムを開催しておりますが、当初はずっと環境関係で進めておりました。最近では社会環境、現代社会をめぐる変化があまりにも急速に進んでおりまして、さまざまな観点から研究課題に取り組んでほしいとの要請がございました。今回の介護労働、そしてまた社会福祉や医療など、超高齢化社会に向けた取り組みを東洋大学としてもいろいろな観点からサポートしなければならない。そういうミッションも仰せつかりまして、今回、社会学部の村尾先生を中心に、この研究会が立ち上がりました。そして今日のこのシンポジウムにつながってきたということです。村尾先生のご尽力に本当に感謝いたしております。

そういう中で全体的な環境、マクロ的な要因のみならず、介護や福祉の関係というのは非常にミクロ的なさまざまな観点、視点が必要になってまいります。そしてまた、これは日本国内だけの問題ではなく、国際間の問題もたくさんございます。また中国ではご存じのように、日本以上に高齢化が急速に進展しています。東洋大学もスーパーグローバル大学に指定を受けておりまして、その中

で国際協力ということが今強く打ち出されております。そういう観点からも、今日のこの成果を何らかの形で国際協力、特にアジアを中核とした支援を東洋大学は打ち出しております。今回のシンポジウムを契機に、今年だけでなく、息の長いずっと続いていく実りあるシンポジウムにしたいと思っています。極めて重要な課題がございますので、その課題に向けて、お集まりの先生方の一層のご支援、ご協力を賜りながら、この研究を進めてまいりたいと思います。今日は14時30分から17時までということで、最初に実践女子大学の山根先生、次に京都産業大学の花岡先生、それから聖心女子大学の大概先生からお話いただきます。この分野では著名な3人の先生方でございます。お忙しい中、東洋大学まで来ていただきまして、このようなシンポジウムでご講演いただけること、大変ありがたく感謝しているところでございます。

そして、本学社会学部の村尾先生から全体的なコメント、さらに研究のこれからの方向性等々についてもお話をいただいて、現代社会総合研究所としてこれからの取り組み方策というものをまた皆様と一緒に考えていきたいと思っております。来年度に向けて、さらに研究を深度化していきたいと思っております。5時までの時間でございますが、ぜひ会場の先生方からも積極的なご質問やご意見を賜りながら、この成果を国内外に東洋大学から発信していきたいと思っております。どうぞよろしくお願い申し上げます。ありがとうございました。(拍手)

#### 大坂恵里

石井所長、ありがとうございました。昨今、エビデンスに基づく政策立案が注目されておりますが、本シンポジウムでは介護報酬の引き上げの妥当性について、経済学、社会学からのエビデンスを示す機会を提供できればと思っております。本日はお忙しい中、こういった問題に長年取り組んでいらっしゃる、立憲民主党の大河原雅子衆議院議員にお越しいただいております。せっかくですので、一言いただければと思います。(拍手)

#### 大河原雅子

皆様、こんにちは。ご紹介いただきました立憲

民主党の衆議院議員、大河原雅子でございます。今日は大変興味深いシンポジウムにお声をかけていただきありがとうございます。残念ですが第1部の報告を伺うだけになりそうです。私はもともとローカルパーティ、東京・生活者ネットワークという、東京で女性たちが立ち上げた地域政党ですが、そこで都議会議員を3期10年、そして参議院議員を6年間やらせていただいて、今回初めて衆議院の選挙に挑戦し、できたてほやほやの立憲民主党というこの党を、日本を立て直すために育てていきたいという気持ちで選挙に臨みました。

今日のテーマでございます介護労働の問題、これはまさしく市場化問題とその底流にあるジェンダーの問題。私は都議会の議員になったときに、本当にこの国の最重要な政治課題は、このジェンダーの問題だろうと考えました。法律自体が女性を差別してきたということがございます。いまだにそうです。年金問題しかり、そしてこの労働におきましては、人が人をお世話をする労働の価値というものがあまりにも低く評価されてきた。女性がやるから家庭の中でただでしょうという考え方が本当にまだまだ強く、世の中、地域にも残っております。そして残念ながら保守政治の中では、これを再び保育や介護の問題、財政が厳しいからということで、どんどんまたもや家庭の中に押し込めていってしまう。これではだめなわけで、やはり専門家の技術、知恵を生かして、社会の仕事として介護や保育をしていくことは、喫緊の課題でございます。2025年問題、大変大きなものになりますけれども、それを見越してこうしてシンポジウムが開かれることは大変意義深いものだと思います。

立憲民主党は今回の選挙の公約「国民との約束」という中に、この介護労働の待遇改善、報酬の引き上げを第一に掲げています。そしてまた同一価値労働同一賃金、今や安倍政権も言い出しておりますが、ヨーロッパと違いまして、労働の基準を考えていく上で労働組合、民間の場合は企業、産別というところでの労働組合ができていくという中から、大変日の当たらなかった部分ではないかとも思いますし、これからそれをどうやって変え

ていくかということが、大変大きな課題になるかと思います。

こうした問題については多くの専門家の方々、そして実際に今、私の仲間も次々と小さな事業所を立ち上げて頑張ってはきておりますけれども、小規模な事業所がばたばたと倒れて、倒産件数も昨年最大になりました。そういう状況の中から、党自体がこの問題にしっかりと取り組むために、多くの皆様のお知恵をおかりして、そしてともに政策をつくっていくことが必要だと思います。立憲民主党は今は、まだ 55 人の小さな野党ですが、これを大きな国の課題として、ゆくゆく政権もとりたいと念じております。その中でぜひ一致して、ともに暮らしやすく、そして誰もが安心して老後を迎えられるような国にする。このことを念じて頑張っていきますので、どうぞ一緒に連携をさせていただけたらと思います。ご挨拶の機会をいただきまして、大変ありがとうございます。よろしくをお願いいたします。(拍手)

#### 大坂恵里

大河原先生、どうもありがとうございました。それでは僭越ながら、私のほうから本シンポジウムの開催趣旨を簡単にご説明させていただきます。先ほど石井所長からもご案内がございましたように、本シンポジウムを主催しておりますのは、東洋大学現代社会総合研究所のプロジェクトの一つである、超高齢化社会の医療と介護に関する研究会です。こちらは、現代日本という超高齢化社会の医療、介護、特に介護につきまして、労働、ジェンダー、そしてグローバル化の観点から検討を行うことを目的として設置されました。国立社会保障・人口問題研究所の推計結果によりますと、2015 年には 26.6% であった日本の高齢化率は、2065 年には 39.4% になると言われています。高齢者の医療と介護の需要は、現在も既に高い水準にありますが、今後はさらに需要が拡大していくと思われます。

しかし、介護労働力は現在でも不足しているという状況でして、それはなぜなのか、どうすれば、この深刻な問題の解決に近づけるか、という問いに答えるために、日本における介護サービス市場を取り巻く社会のありようについて適切に理解

し、解決すべき課題を明確化し、コンセンサスを形成し、さらには実証的根拠による問題解決策を提案することが必要だと考えております。

そこで本シンポジウムでは、現在ご活躍中の 3 人の専門家にご報告いただきまして、その後、これらのご報告に対するコメントをいただき、その後に質疑応答という形で入っていければと思っております。なお、これから、ご登壇者につきましては「さん」づけで呼ばさせていただきますことをご了承願います承知おきください。

早速でございますけれども、まずは実践女子大学准教授の山根純佳さんより「介護労働と女性の非正規雇用：日本型準市場の批判的検討」というテーマでご報告をお願いしたいと思います。ではよろしくをお願いいたします。(拍手)

#### 山根純佳(実践女子大学准教授)

ただいまご紹介にあずかりました実践女子大学の山根です。よろしくをお願いいたします。私の配付資料はレジュメ形式ですが、パワーポイントのほうを見ていただければと思っております。

今回、社会学者という形で紹介いただきましたが、まず私自身の自己紹介からいたしますと、2000 年、ちょうど大学院に入った年からずっと介護労働者への聞き取り調査をしてきました。それは社会学的な研究かもしれませんが、その中でなぜ介護労働の賃金が低いのかというテーマをずっと考え続けてきた結果、行き着いたのが今回ご報告させていただく準市場の問題です。今回、ご報告する内容が社会学的かどうかはわかりませんし、社会政策的な研究でもっときちんとオーソライズされた形の研究が求められているのかなと思いつつ、今回、私がここで登壇させていただいて、できる限りの議論をさせていただければと思います。

まずジェンダー視点からの女性非正規に依存する介護現場ということで、介護保険制度の評価ということになりますと、家族の負担が大きくなってきているといった再家族化という議論はよくなされておりますけれども、介護保険制度の福祉の民営化、女性労働に与えたインパクトということとはきちんと議論されていないのではないかと思います。介護労働力のうち 8 割が女性で、訪問介護の



場合には9割以上、それから訪問介護の場合は非正規雇用の割合が8割ということになっており、女性の非正規労働に依存している状態です。

介護保険制度がもたらした経済的評価ということについては、森川美絵先生が担い手の社会的市民権を無視した低評価をもたらしたということ。それから70年代80年代の在宅介護の延長にある主婦の家事労働との概念的な結びつきの上で制度化されたということを、制度の言説分析から丁寧に議論されております。こうした議論を踏まえて、私自身の問いは、介護労働と主婦の家事労働との概念的な結びつき、低賃金労働になるというのは必然なのだろうかという点にあります。なぜ介護保険制度は女性の低賃金労働を再生産する形でしか展開され得なかったのか、介護保険制度という制度そのものが持つ問題点を批判的に検討してみたいと思います。

後でご紹介しますが、介護労働力の性別・年代別をみますと、女性の60代がトップで、中高年女性に非常に労働力が偏っているという状況、それから非正規の割合を見たときにも、女性の場合5割が非正規で働いていることになっております。

ジェンダーという視点から少しだけ問題設定をしておきますと、なぜ労働市場においてもケアが女性の仕事になる要因として、女性の雇用機会の少なさに加えて、ケアというのが女性に適した仕事という言説があります。このような言われは女性が労働市場に出ていったときに、雇用機会を得るための言説資源となります。

ただし、「なぜ女性が」という問いの立てかたをすると、女性を選択していくという供給要因で説明しがちですが、供給要因ではなく、なぜこのような労働として構築されてきたのか、需要側の要因を考えなければいけないだろうと思います。例えば完全にサービスが市場化されていれば、非常に低賃金労働になって、そこにはエスニック・マイノリティの女性たちが割り当てられていく。一方、北欧諸国では一定程度公務労働として賃金水準が維持されている中では、比較的若い層も担い手となり得る。あと最後に触れますが、スウェーデンの場合には、供給の多元化、民営化がどんど

ん進んでいても、同一労働同一賃金の連帯賃金制度が歯どめとなって、民間と公務員の賃金格差は生じていない状況にあります。

では日本はどうかというと、訪問介護の場合に8割が時間給で働く登録型の雇用となっている。介護保険制度の開始当初、男性ヘルパーさんたちにもいろいろ調査をしてきましたが、やはり男性が参入しても継続が困難な賃金水準ということで、中高年女性が5割以上を占めているということです。この背景には介護報酬という公定価格の問題があるわけで、なぜ女性を選択するのかという供給要因ではなくて、なぜ女性しか選択されない労働として構築されてきたのかというところを問うてみようというのが、今回の分析視点であります。

今日のテーマである準市場ということに関してですが、介護保険制度が準市場モデルに沿ってつくられてきたとして、この準市場をジェンダーと労働という視点から批判的に検討していきたいと思います。まず準市場の定義として、ルグランらが90年代に出した定義ですが、供給サイドについては民間事業者が参入して、非営利事業所も参入していること。「需要サイド」に関しては、個人が直接サービスを買うのではなくて、政府がバウチャーや予算を出しているということです。さらにサービスの購入に関しては、ケアマネジャーなどの第三者が行うということ。以上が準市場の定義として出されています。以上から「財政と供給の分離」として、公的介入のもとで民間事業者に供給を開放すること。それから政府の支出のもとで消費者の購入を可能にする「支出と購入の分離」という、二つの原則が出てくるかと思います。

次に準市場がうまくいっているかどうかの指標として以下の4つがあげられています。一つが効率性であり、最小のコストで一定の質量のサービスを提供できること。二つめが応答性。利用者のニーズと欲求に応答的なサービスを供給しうること。三つめは、利用者によるサービスと提供者の選択を通して、提供者間に競争が起き、その競争を通して質の向上が可能になるということです。それから日本の介護保険制度もそうですが、公平性のある程度担保している。支払い能力や民族、

性別に関係なくニーズに対応したサービスの利用を可能にしている、この四つが掲げられております。これらは全て行政直営方式との比較から、準市場の利点として議論されてきたものです。

日本における準市場の展開というのを見たときに、80 年代から 90 年代に営利や非営利部門の供給が拡大、進展しております。この時期を準市場の拡大時期と捉える研究もありますが、利用者による選択やその選択による競争の原理を導入したのは、やはり介護保険制度と分析できるかと思えます。つまり、「財政と供給の分離」が行われた 80 年代から 90 年代を準市場への移行期間として、それから支出と購入の分離が行われた介護保険制度の導入を、準市場への移行の完了と捉えるのが適切と考えております。準市場に関しては、日本とイギリスでは少しモデルが違うという議論もあります。今回はここは踏み込めないのですが、これは平岡公一先生が整理された図です。ここには政府と事業者と利用者間での相互作用が描かれていて、この間での資源の配分が議論されているわけです。一見してわかるように、雇用主と労働者の間でどのような資源配分がなされるのかということは、準市場のモデルの中では全く視野に入っていないと思います。

日本の 1990 年代介護保険直前、やはり準市場への期待ということでさまざまな研究者がしてきたことを少しご指摘したいと思います。介護保険制度は公平性を悪化させずに効率性を改善するメカニズムだということを、駒村康平先生も当時はおっしゃっていました。措置制度と比較して、より少ない資源の投入で同じ「質」「量」の財・サービスの提供を実現できるということです。

それから要介護認定によって同一レベルの介護ニーズを持つ者に同一レベルのサービスを供給し得る点では公平性を担保していると評価されてきました。このように措置制度の比較から介護保険制度に高い期待があったわけです。でもその裏で見落とされてきた問題として、第 1 にこの効率性の論理が労働に与える影響があります。先ほどの図にありましたように、政府・事業者・利用者間の効率的な資源配分ということが、準市場のメカニズムですが、供給者と労働者、雇用主と労働者

間の資源の配分のあり方はブラックボックスです。そのため、営利事業所の場合に経営効率を上げるためや、株主に利潤を分配するために従業員賃金を下げるインセンティブをもちうるといった批判がなされてきたかと思えます。

それから事業者にとっては質のよいサービスを低賃金で提供する労働者を獲得することが、最も効率的であることになるわけですが、ここで家計補助的な賃金で働く女性や、やりがいや自己実現を求めて参入する若者ということが、こうした労働力としてあげられます。

それから二つ目に、日本の介護保険制度において効率化の主な手段が、この介護報酬による資源配分のコントロールになっているということで、3 年に 1 度の介護報酬の改定によって賃金の変動し得る。仮に事業主が自分たちの利潤を追求しないで労働者として分配したとしても、介護報酬の改定によって賃金の変動し得る状況にあります。措置制度のもとでは、施設介護職や公務員ヘルパーの賃金が国家公務員に準じた形で払われていたことと比べてみても、それから市場との比較では、賃金によって労働力の需給調整が市場なら起きるけれども、準市場では起きません。そういう意味では非常にこの準市場型というのは労働を不安定化させると考えられます。

介護保険制度開始後も、非正規雇用の割合は増加していることから、介護保険制度は女性の低賃金労働を拡大したというよりも、より劣悪なものにしたとも考えられます。以下ではまず介護保険制度前に在宅介護労働がどう位置づけられてきたかということを見ながら、そこで準市場導入でのインパクトを見ていきたいと思います。

ご存じのとおり、在宅介護の源流というのは家庭奉仕員制度からと言われておりますが、最初は寡婦の雇用先を獲得するというような形で、女性の職業の確立ということも視野に入れられた制度として開始しています。制度開始当初は、原則として常勤であるというような文言がありました。それでも実際には非常勤嘱託の地位が多く、低賃金労働であったという歴史的な研究もなされてますが、この「常勤の職」という考え方があったことを確認しておきたいと思えます。それから視

主婦の家事労働と結びついてたかという、そうではなくて、対人サービスとしての専門性が評価された労働でもあったということです。これがこの後、介護保険制度導入に向けてどう変わっていくか、老人家庭奉仕員派遣制度の運営指針の改定を見ていきますと、69年の段階で既に「非常勤にもできる」といった変更が出てくるわけです。一方で大都市では公務員ヘルパーが正規職員化闘争によって待遇を改善してきた。そういった経緯もあり、大都市に限られますけれども、公務員ヘルパーの賃金が非常に安定したものになっていたという経緯があるわけです。身分が安定したことで、非常に本人たちも独自の研修を充実させ、専門性の志向を高めたと言われています。

一方で80年代になると、原則常勤ということからどんどん切り崩されて、臨時雇用やパート勤務、時間給制への道が開かれていきます。しかし、今のようない時間給で働く登録ヘルパーが主流のような状況には至っておりません。86年の改定で登録方式が導入されるということで、ここから今のようない働き方が少しずつふえていきます。ただし家事型、介護型の区別というのはこの段階ではなく、「介護労働」＝（イコール）「家事、誰でもできる」という考え方ではなかったということです。また自治体直営から社協、から社会福祉法人や福祉公社、民間のシルバー・ビジネスへの委託という形で、まさに民間委託が進んでいくわけです。89年に事業委託基準というものが新設されます。それまでの委託先への支払いというのは月額、日額、時間単価という形で、常勤には幾らという規定、そういう運用が可能な支払われ方だったのですが、そこから「事業委託基準単価」では派遣1回ごとの出来高払いの補助単価となっていく。これが今の介護保険制度の支払われ方の源流にあると思うわけですが、このことによって新たに委託を受ける団体では、あらかじめ年間の業務委託料金額を確定することができないので、常勤ヘルパーを置くことは困難になったと言われています。

また89年の改定で家事と介護の単価が設置され、家事がより安く、身体介護がより高くというように分け方が出てきます。それから相談、助言

に関することが補助の対象業務からこぼれ落ちていくことになります。

90年に家庭奉仕員からホームヘルパーへと名前が変わって、ホームヘルパーの量的の拡大ということが目指されるわけですが、90年代には委託先のホームヘルパー手当が増額されたり、民間の常勤ヘルパーに対する退職手当導入ということも起こっております。

加えて現場のヘルパーの要求により、一旦、家事型、介護型の区別がなくなるということが、常勤ヘルパーのほうでは行われるわけです。90年代に先ほど紹介した「財源と供給の分離」と、民間委託による供給拡大、女性のパートタイム労働力の活用と併行して進んでいくわけです。一方で、委託先の常勤ヘルパーの賃金の改善も行われていて、労働条件が非常に複層化していたというのが、この時期の特徴です。ここでは公的な福祉サービスについて言及していますが、公的福祉外での住民参加型福祉における有償ボランティアというものが存在しているわけですので、介護労働と一口といっても、その賃金水準が非常に異なる状況が起こってきたかと思います。

少しややこしいのですが、97年に介護保険に入る前に、「サービスを効率的に提供する体制を整備するため、介護保険制度への移行を展望して」、従来の人件費補助方式に加え、事業費補助方式が導入されて、市町村はこの二つの方式のどちらかを選択することになります。この事業費補助方式では、サービス内容、時間、回数ごとの出来高払いとなりました。この時期、どの程度市町村がこれを選択したかというデータは私のほうで調べられていませんが、介護保険制度導入によって、全国的に出来高払いの支払いに移行していくわけです。

この時期の介護サービスコストの官民比較です。シルバー・ビジネスの時間給と市町村・社協の常勤時間給とのコストを比較して、前者が2分の1のコストで賄えるという試算がよく出されていて、学会でもそういう研究が展開されていたわけです。これはちょっとややこしいのですが、民間委託の基準として事後的に導入された事業委託基準です。5ページの表でいくと右側の事業委託



基準に合わせて、要は従来的一般基準の常勤ヘルパーさんの賃金を下げようということを言っているわけです。供給の民営化というのは時間給のパート労働の担い手となる既婚女性の存在によって、この事業委託基準で働く労働者が獲得できたわけですが、この事業委託基準に合わせることが効率的だという論理を見ていくと、介護保険制度がより効率的だという議論の背景には、家計補助的役割で女性が働くというジェンダー構造が前提とされていたことが見えてくるかと思います。具体的には、民営化と非正規化、それから常勤に対する人件費から時間単位、サービス単位への支払い方式の転換。これがより効率化だということが、90 年代に言われるようになり、これが介護保険制度として実現していくということです。

介護保険制度が始まってからは、皆さんいろいろなことをご存じかと思いますが、少し飛ばしながら議論を見ていきたいと思います。供給の民営化ということでいえば、居宅サービスにおける地方公共団体の割合は 2000 年の 6.6% から 0.3% まで減っています。一方で営利法人の割合が非常にふえています。

サービス内容については身体介護と家事援助に分かれました。それから相談や話し相手というのは、細かい部分はありますが、ホームヘルパーの主要な業務からは姿を消し、介護支援専門員の設置によって、そこに専門化されていくことになります。2003 年に家事援助が生活援助に変更されておりますけれども、相変わらず単価が低いという状態は変わりません。私が非営利の団体によく調査に行く中では、営利事業所は身体介護だけすくい取っていて、自分たちのところは家事援助、生活ばかり回ってくるということをずっと何年も聞いておりますが、そういうことが可能な報酬体系になっています。

それから 3 年ごとの介護報酬の見直しの中で、サービス時間の短時間化が進みました。サービスの時間が短時間化すれば、それだけ事業所もしくはヘルパーの賃金も減っていくことになります。全労連のアンケートでは「時間内に時間が終わらない」が 5 割、「収入が減った」が 4 割、「サービス残業がふえた」が 4 割ということで、効率化の

影響を現場のヘルパーさんの不払い労働という形でカバーしています。もしくは利用者さんが自分のニーズを我慢するという状況になっているかと思います。介護報酬単価の推移については、資料のほうを見ていただければと思います。

それから賃金に関しては、皆さん言及されると思うのでこれは述べませんが、訪問介護員の婚姻形態をみると、介護労働安定センターの資料をもとにすると、「既婚」が 6 割で、「主な生計維持者が自分以外」が 50.8% で、半数以上が既婚女性、主な生計者ではないわけです。ただしここには離死別者も一定の割合でいることは留意したほうがいいと思います。それから主婦の片手間な労働という形で訪問介護は考えられがちですが、訪問介護員の非正規のうち 66% が週 5 日以上勤務しています。週 5 日以上勤務して、税込み月収の平均が 10.8 万ということですが、これをいろいろ計算していくと移動時間を含めて 1 日 7 時間拘束されているという計算になります。これを時給で換算すると 900 円弱になってしまう。サービスが短時間化すれば移動時間もさらにふえるわけですが、こういう形で実際の労働と受け取る賃金を見ていくと、時間当たりの賃金は非常に低いものになっているかと思います。

それから介護職員の処遇改善加算による介護報酬の改善が行われていますが、加算にはさまざまな要件が課されているため、事務作業が増大しているという現場の声をよく聞いています。それから先ほど準市場の資源の配分のところで議論しましたが、雇用主から労働者への分配の仕方はブラックボックスになっています。介護報酬があがって実際に給料は、月収は上がったけれど、何とボーナスが減らされていたというようなことも耳にします。現場からは、実際に給与が上がった、引き上げ効果があったという声が非常に少ないという報告が出ております。

処遇改善加算のキャリアパス要件とは、何年働いたら賃金がいくらあがるという見取り図をきちんと職場内でつくってくださいというものですが、私が調査しているワーカーズ・コレクティブなどでは、同一労働同一賃金で、賃金を上げていくことはやりづらいので、結局処遇改善加算がと



れないという声も上がっております。

それからもう一つ、重点化による効率化ということで、こちらは主に利用者にとってということになりますが、より重い人だけにサービスを限定していくということも行われています。その中で、介護予防の部分が地域の総合事業に移譲されていくということが起こっており、現在の介護保険サービスの介護報酬よりもさらに低い報酬によって担われるサービスが登場することになっております。これは今日の議論の中心ではありませんが、介護労働といったときに、公的なものがどんどん縮小されていって、その外側に不可視化される労働が出てくる一方で、市場化された家事サービスや保険外サービスを行う市場もできる。他方でコミュニティに委ねる部分が出てくるということで、どこからどこまでを介護労働と捉えるのかという論点も重要になってくるかと思えます。

急ぎ足で見てきましたが、介護保険制度以前からの在宅介護の流れの中で、準市場導入によるインパクトを見てきました。日本の準市場においては介護報酬の改定を通した資源配分のコントロール、賃金の抑制が効率化の重要な手段となっているということです。より効率的だという推計の背景には、自治体や社協の常勤ヘルパーの賃金と、民間委託したパート労働の賃金水準の比較があり、そして後者に合わせて賃金を下げていくのがより効率的だということが議論されて、そこで介護保険制度における介護報酬が決まっていたという流れがありました。

人件費に対する支払いではなくて、介護報酬から問題だというなら医療報酬もそうなので、ここは議論が必要かと思いますが、細分化されたサービス単価ごとの支払いになっていったことが、介護労働者の労働条件の悪化の一つの要因であることは確かです。それから職務内容を見ていったときに、相談業務やソーシャルワーク的なものや対人サービスのところの専門性が評価されなくなり、身体介護に重点化されてきました。生活援助については、「誰にでもできる」というような位置づけを脱することなく、今回また研修で生活援助できるような新しい制度をつくるという話も出てきています。こういった周辺化された労働

に既婚女性が動員されていくことになるかと思えます。

それから家事援助、生活援助に対する低い単価設定が労働条件を下げています。生活援助が身体介護並みに上がっていれば、もう少し労働条件もよくなっているかと思えます。準市場の中で労働者不在のモデルということを、今回議論させていただきましたが、最後に労働者を組み込んだ福祉サービス市場のイメージをお話しさせていただきます、試案的なものです、事業費と事務費は介護給付費で、人件費部分は税金でという、二階建て構想が考えられます。これは今の福祉サービス市場をよりうまくしていくための一つの選択と考えております。

それからサービスの質の担保というのは、利用者による事業者の選択によって担保されるという、事業者の選択と事業者間の競争というようなモデルから、より専門性への投資という形に重点を変えていくべきでしょう。最近、テレビで介護保険からの卒業というのを見て非常に驚愕したのですが、質の評価が結果だけで評価されている。要介護状態が改善したか、維持されたかという結果だけではなくて、ケアのプロセスで質の評価をするような形での福祉サービスが、利用者にとっても重要になってくると考えております。

二階建て構想については、私がよく調査に行っている特養の施設長とも話をしていたわけですが、現在の状況では特養の事業所内保育も介護給付費から出している。それから人を集めるのに非常にお金がかかって、宣伝や事務費も介護報酬から出している。これは一体どうなんだと。人件費を確保して人手不足を防ぐほうが、資源配分となるのでは、と考えています。

給付という形にすることが労働条件に与えるインパクトとしては、子ども・子育て支援新制度の中で、保育所運営費も給付という形になったわけですが、そうすると短時間の利用の子供がいた場合に、給付額が減るという形で経営が不安定になるという指摘もあります。

先ほどお話したようにスウェーデンでは、同一労働同一賃金、労働協約が歯どめになって、人件費は民間でも公務員でも同じです。どの事業所

で働いても人件費は一定程度きちんと保障されるという形が、このシステムの中に組み込まれていくべきだというのが、今回の私の提案になります。

大変急ぎ足になり申しわけありませんけれども、また皆さんと議論をさせていただければと思います。どうもありがとうございました。(拍手)

#### 大坂恵里

山根さん、どうもありがとうございました。続きまして第 2 報告になります。京都産業大学准教授の花岡智恵さんから「介護労働力不足はなぜ生じるのか：経済学の観点から」というテーマでご報告いただきます。それでは花岡さん、よろしくお願いします。

#### 花岡智恵（京都産業大学准教授）

皆さん、こんにちは。京都産業大学の経済学部で教員をしております花岡と申します。よろしくお願いいたします。本日は発表する機会をいただきまして、ありがとうございます。私がなぜ介護労働についての研究をさせていただいているかといいますと、もともと私は高齢者の医療サービスについて、今で言うビッグデータ、レセプトデータを使って、例えば診療報酬の改定が行われたときに、患者の行動がどう変わるかという研究をずっとやってきました。

私がちょうど大学院の博士課程に入っているときに、介護の分野で人材不足というのが初めて顕在化したんですね。それで厚生労働省のほうから、なぜ介護労働力が不足しているのかということについてのプロジェクトが立ち上がって、そのときたまたま厚生労働省と関連している労働政策研究・研修機構で、バイト研究員をさせていただいていました。そこで「高齢者医療をやっているから介護もわかるよね」ということでプロジェクトに入れていただいて、そこから介護労働、特に賃金という観点からデータを使って、なぜ介護労働力の不足が生じているのかについて研究してまいりました。今日はその先行研究等を見ながら、なぜこういうことが起こっているのかについて、経済学の立場から説明させていただきたいと思います。

今日の発表のアウトラインですが、まず介護労働供給と書かせていただきましたが、私たちは介

護労働市場というものをしています。介護労働を提供したい、介護労働者として働きたい、これは供給側です。事業者側は、介護労働が欲しいので介護労働需要側です。介護労働者の労働市場では、介護労働者として働きたい、これ供給です。事業者側は介護労働者が欲しいので需要側を見えています。介護労働者として働きたいという、介護労働供給がなぜ不足しているのかという推移を見えます。

次に、今日のシンポジウムのテーマにもあります賃金が、介護労働者として働きたいという、この行動に影響を与えているのかどうかを、先行研究から見ていきたいと思います。最後に、人材確保に向けての課題としてどういうことがあるのかを見ていきたいと思います。

まず介護労働者の供給の現状です。2015 年 10 月時点で、厚生労働省の介護サービス施設・事業所調査という、介護事業所の全数を調査している統計になるのですが、それによりますと今、介護の現場で働いている方は約 183 万人いらっしゃいます。多分、今出ている一番新しいデータだったと思いますが、今は 2017 年 10 月を過ぎているので、もう少しふえているかと思います。現在、利用可能なデータですと 183 万人程度。日本全体で雇用されている人のうち、どれぐらいの人が介護の現場で働いているのかを見てみました。全雇用者数に占める介護職員数は、3.2%です。日本で雇用されている労働者のうちの 100 人に 3 人が介護現場で働いているという計算になります。

東洋経済新報社の『会社四季報』の中で、過去 15 年間で最もふえた仕事、最も減った仕事は何かというおもしろい調査をしていました。それによると、1995 年から 2010 年で最もふえた職種が、介護職員です。この 15 年間で約 100 万人ふえています。過去 15 年間で最もふえた仕事です。ただし、厚生労働省の推計によりますと、2025 年時点で 37.7 万人、人材が不足すると言われていきます。さあ、これをどうするかというのが、今議論されている課題になります。過去 15 年間で見ると最もふえた仕事ですけれども、でも今なお介護労働者が必要だということを考えると、やはりそれでもまだ足りないという介護労働供給の状況

になっております。

ここから介護人材が不足していることについて、実はトレンドがありますという話をさせていただきたいと思います。このデータは2001年4月なので、介護保険が入ってから1年たった状態です。2001年4月から2014年4月までですが、介護職の有効求人倍率という指標から、労働者がどれだけ不足しているのかを見ていきます。有効求人倍率というのはよく聞く指標だと思います。例えば新卒の有効求人倍率が幾つだから景気がいい、悪いという話でよく使われるのですが、ここの有効求人倍率というのは何かといいますと、介護労働市場における需要と供給を示しています。

この1のところでラインを引かせていただきました。有効求人倍率が1というのはどういう状況かといいますと、介護労働者として働きたい、介護労働者として仕事を求めていますという人が1。介護事業所側は、介護労働として働ける求人を1件出します。介護労働として働きたい人が1、事業所側も1人、求人しています。1対1で需要と供給が一致する状況が、有効求人倍率1です。この有効求人倍率が1の状況で、介護労働の市場において、需要と供給が一致している状態。人手不足も生じていないし、人手が余っていないのが、有効求人倍率1の状況です。有効求人倍率が1以上の状況というのは、例えばどんな状況なのか。私がプロジェクトに入れさせてもらったとき、介護職の有効求人倍率が2でした。人手不足が生じているという状況でした。介護労働者として働きたい人が1人います。事業所側では介護労働者として働いてほしいという求人が2件出ているという状況。これが有効求人倍率2の状況です。つまり、事業所側は人手が欲しくて2件の求人が出ている。でも介護労働者として働きたいという人が1人しかいない。これが有効求人倍率2です。有効求人倍率が1を超えるということは、その市場で人手不足が生じていることになります。

一方で、有効求人倍率が0.5、例えば2001年4月はそんな状態でした。これはどういう状況かというと、介護労働者として働きたい人が市場で2人います。でも求人は1件しか出ていません。1

件の求人に2人が応募している状態。これが有効求人倍率0.5の状態です。つまり介護労働の市場で働く人が余ってしまっているのが、1を切る状態になります。

介護労働者はずっと不足しているというイメージがあるかもしれませんが、2001年からのトレンドを見ると、実は2006年の春ぐらいまでは人手不足は生じていなくて、むしろ人手が充足している、人が余っている状態が続いていました。2006年の春ごろに、初めて有効求人倍率が1を超えてきて、介護労働の分野は人手が不足している状況になります。その後、2008年の秋から有効求人倍率が下がってまいりまして、人手が余る状態が少し続きます。2010年の秋からまた有効求人倍率が1を超えて、人手不足が生じるというトレンドが介護労働の市場ではあります。

次に、これは後で説明させていただきますが、今、日本のマクロ経済のトレンドを見ていきたいと思います。先ほどの有効求人倍率の期間と同じ2001年4月から2014年4月まで、日本の景気はどういう状況だったのかをお示ししています。景気を見る指標というのはいろいろありますが、経済学でよく使われるのは完全失業率という指標を見ます。

例えば2001年4月ぐらいのとき、失業率は高めです。労働市場で失業している人が多い状況。失業率が高いということは、景気が悪い状況です。それが2007年の春ぐらいまで、ずっと失業率が下がって日本の景気が回復傾向にありました。2008年秋、リーマン・ショックが起こります。リーマン・ショックが起こって、失業率が一気に上がります。2008年秋です。そこからまた景気がどんどん回復する傾向にあるというのが、2001年4月から2014年4月のマクロ経済のトレンドです。

先程の介護労働市場の人手不足の状況を示した有効求人倍率と、今、お示ししています日本のマクロ経済のトレンドである失業率の図と一緒に見てみると、とても興味深い傾向がわかります。この青い線が日本のマクロ経済のトレンドを示す失業率です。黒いラインは、介護職の有効求人倍率を示しています。実線はヘルパーさん以外。ドッ



トで示しているのは、ホームヘルパーさんの有効求人倍率です。これを見ても、失業率が高い、日本の景気がよくないときに、介護の市場では人手が充足しています。人手が余っているのです。2008 年のリーマン・ショックのとき、失業率は非常に上がりました。このとき、介護の市場では人手が余る状況、有効求人倍率 1 を切る状況が続いていました。

一方で、失業率が低下して、日本の景気がだんだんよくなるにつれて、介護労働市場のところでは、人が余っていた状況がだんだんなくなってきて、失業率が低い日本の景気がとてもいいときに、有効求人倍率が 1 を超えてきます。つまり、日本の景気がいいときに、介護の労働市場では人手不足が生じるのです。2007 年、2008 年にかけてもこういう状況が生じますし、マクロの指標ではアベノミクスのときに景気がよくなっていますので、失業率がどんどん低下してきているときに、有効求人倍率、介護職を見ていただきますと 1 を優に超える状態が続いています。失業率が低い、日本の景気がいいときに、介護の労働市場では人手不足が生じる傾向がずっと見えています。

なぜそんなことが起こるのか。介護分野の人手不足の引き金となるのは何か。実は日本の景気がよくなると、介護労働の市場では人手不足というのが生じます。なぜか。先ほど山根先生がおっしゃっていました。介護分野の人件費、給料の源泉となるのは、介護報酬という国が決めた介護サービスの価格です。市場のもとで需要と供給が一致するところで価格が決まると経済学では習いますが、一部の市場では価格を政府が決めています。公的医療サービスだったり、介護サービスというのは、政府が全て価格を決めています。公定価格といいます。その介護報酬、介護サービスの公定価格、政府が決める価格、これは 3 年に 1 回しか改定されないのです。

マクロ経済の景気がいいと、介護サービス以外の分野は賃金が上がっていくのです。でも介護の分野というのは、ほかの日本全体の景気がいいからといって賃金を上げられません。なぜかという、介護労働者の給与の源泉となる介護報酬は 3 年間固定です。日本の景気がいいとき、介護市場

以外の分野は賃金が上がっていきます。でも介護分野は賃金はそのままです。ですからほかの産業の賃金が高いときに、それに引きつけられる形で介護サービスで働いた人たちがほかの産業に移動するということが起こります。だから日本の景気がいいと、介護労働市場では人手不足が生じることになります。今、介護労働市場で人手不足が生じています。それはすなわち、今の日本のバブル経済の状態が良好ということをあらわしているのです。

これは日本だけの状況かということ、そうでもないのです。マクロ経済の景気がいいと、ほかの産業に労働者がどんどん移動してしまっ、介護分野の人手が不足する。こういう状況はアメリカでも観察されていて、実際に先行研究でもそれについての検証が行われています。

次に、介護労働供給、介護労働職として働きたいという、この行動に賃金が影響を与えているのかどうかについて、先行研究から見てまいりたいと思います。まず学習院大学の鈴木亘先生という介護の研究をされている先生です。先ほど有効求人倍率と失業率で日本のマクロ経済の関係を見ていただいたとおり、どうやら介護労働市場で人手不足が生じたり、もしくは人手が余ってしまったりするので、ほかの産業の賃金水準に依存しているらしいことが何となくわかりました。それは本当かというのを、実際にデータを使って分析しています。

介護労働力不足が深刻であった、つまり有効求人倍率で見ると 1 を優に超えていた 2007 年から 2009 年に、介護の職種についていた方、2479 名の方に、その後 2010 年 3 月に調査をして、今の仕事と前の介護職の状況を尋ねた調査です。この分析結果を見てみますと、先ほどの図から予想されるとおり、介護産業の時給、賃金が 100 円高くなると、ほかの産業に転職する確率が 20.5% 低下する。介護産業の賃金が高ければ、ほかの産業に転職しなくなりやすい。

逆に、ほかの産業の時給換算の賃金が 100 円高くなると、ほかの産業への転職確率が 12.9% 上昇する。この分析結果からも明らかなように、先ほどのマクロ経済で見た失業率のトレンドと、有効



求人倍率のトレンドと一致した結果、介護労働者というのはほかの産業に反応して動いています。自分のところの介護産業の賃金が高ければ、ほかの産業に転職しない。一方で、ほかの産業の賃金が上がれば、そちらに転職するということが見られました。

ここから、では賃金だけですかというのを見ていきたいと思います。介護福祉士の方、介護の現場以外で働く方でも国家資格を持っている方。介護福祉士、有資格者の方で、介護で働いていない方はたくさんいます。潜在介護労働者と厚生労働省の資料には書いてありますけれども、その方たちについて、まず過去に介護の分野で働いていました、でも今は介護の産業では働いていませんという、国家資格を持っている介護福祉士の方に、「なぜ介護の仕事をやめたのですか」と聞いた調査です。これは1万人を超える方に調査をしています。その結果ですが、低賃金かと思いきや、実はそれ以外の要因も結構あるということをお示ししたいのです。

離職理由として一番大きな理由が、「出産・育児と両立できない」。1割の方がこう答えています。その次、「業務に関連する心身の不調」。これは腰痛を含みます。この方たちも1割弱ぐらいいます。その後ずらずらとあって、普通の仕事でもありそうですね。運営の在り方に不満があるとか、職場の人間関係とか、私たちの職場でもありそうなのが不満として挙がっていて、実は離職の最も大きな理由として挙げた7番目に初めて「収入が少なかった」という収入の要因が出てきます。

次は、同じく介護福祉士有資格者の方で、現在働いていない方に、「国家資格を持っているのになぜ働いていないのですか」と質問した結果です。こちらは8465名の方の結果です。こちらは複数回答ですが、一番多かったのが、先ほども一致しますが、「出産・子育て」のために離職しました。次、3番目ですが「病気や体調不良」、これは腰痛を除きますが、6人に1人ぐらいの方がこれでやめました。同じく「体調不良」として「腰痛」ですね。腰痛でやめましたという方、仕事をしていないですという方も1割ぐらいいらっしゃいます。低賃金と一番関連しそうなのが、5番目ぐら

い、約14.3%の方が「希望に合う求人がない」といって働いていない。賃金だけで離職しているかということ、そうでもなさそうだと。実は「出産・子育て」とか体調を崩してしまって働けない、もしくはほかの産業に移ったという方も結構多いことをお示ししたかったのです。

そもそも介護職の賃金というのは低いのでしょうか。何となく低賃金ということで報道されていますが、これを厳密に調査したものは研究で実はあまりないのです。ただ一番大きいデータを使って精緻に行われた研究だと思うので紹介させていただきますと思いますが、慶應義塾大学の山田先生と石井先生の研究です。『季刊社会保障研究』に公開された実証研究ですが、こちらは介護労働力不足が深刻化した2002年から2007年にかけて、2時点間を使って政府統計であります総務省の「就業構造基本調査」という個人レベルのデータを使っています。この分析では介護で働く人だけで8000名、全体で約72万人の労働者のデータを使って、本当に介護労働者は賃金が低いのかということを検証しています。これが分析結果です。性別・年齢・学歴・勤続年数・従業上の地位——これは正規雇用か非正規雇用かということですから。全ての労働者の特性を同じとしたとき、本当に介護職が低いのかを検討したところ、さまざまな要素、性別・年齢等を勘案すると、介護労働者の賃金は全産業の中間からやや上に位置し、他職種・他産業と比較して低いとは言えないという結論でありました。

でも一般的に介護労働者というのは低賃金というイメージがあります。実際に、これは介護労働実態調査という、現在介護職として働いている方2万人に対して、「労働条件・仕事の負担について悩み、不安、不満等を感じていることがありますか」と質問してみたら、やはり4割の方が「仕事内容の割に賃金が低い」と答えています。でも多分普通に働いていても、私はすごく賃金に満足していますという方はそんなにいないかもしれませんが、介護職に限ってみると約4割の方が「仕事内容の割に賃金が低い」と答えています。

なぜなのか。先ほどご紹介しました山田先生・石井先生の研究で、「就業構造基本調査」という

大規模なデータを使った研究によると、決してほかの産業・ほかの職種と比べても介護職の賃金というのは遜色のない水準だと。でも働いている人は賃金が低いと感じる。なぜなのか。私が考察してみたところですが、介護労働者の方というのは、ご自身の業務上のリスクを考慮に入れて賃金を評価しているから、仕事の割に給料が低いとおっしゃるのではないかと思います。この点についてももしご意見があったら、ぜひ教えてください。これは何をえているかといいますと、労働者 1000 人当たりの 1 年間の労働災害——労働災害とは業務上に発生する病気やけがです。これを見てもみると、全産業は 1000 人当たり 2.26、1 年間で労働災害が発生します。介護サービスが属する第 3 次産業は、1.33 です。これは全ての介護の事業所ではなくて、社会福祉施設というくりになっていますが、社会福祉施設で見ると 2.41。この数値は全産業よりも高い、かつサービス産業で見ると 2 倍弱も労働災害が多いのです。もちろん社会福祉施設の中には、例えば児童に対する施設、もしくは障害児に対する施設が含まれます。2010 年の厚生労働省の報告によると、社会福祉施設の中でも圧倒的に労働災害が多いのは、介護施設とのことでした。

次に富岡先生・松永先生のレビューです。やはり介護作業には、筋骨格系障害のリスクとなる作業が多い。先ほど腰痛が多いというのをお示ししたとおりです。例えば厚生労働省 2011 年の報告書で、移乗介助や入浴介助などの介護作業が伴います。これは抱きかかえ、頻繁な前かがみ、中腰、体幹のひねりなどを伴う姿勢が生じるので、腰痛が発生しやすいということを報告しています。

データで見ると、年齢・勤続年数・従業上の地位などを勘案すると、決して介護労働者の賃金は低いとは言えないのですが、なぜ仕事の給料の割に給料が低いと思うのかということ、恐らくこの業務上のリスクが非常に高い職業だからなのです。ほかの仕事と比べて業務上の病気、けがになる確率が高い。これをきちんと考慮に入れた賃金水準であるべきだと労働者は考えているけれども、実際の賃金はそれを考慮されていないから、仕事の割に賃金は低いという評価になるのではな

いかと私は考察しています。

実際にこれまでの研究で、業務上のリスクを勘案して、介護労働者の賃金が高いのか低いのかを評価した研究はないので、今後もし研究する場合は、こういったところも勘案して分析していく必要があると思っています。

最後になりますが、先行研究のご紹介です。介護労働者は低賃金であると。その賃金を上げるために、給与の源泉は介護報酬です。ですから介護報酬を引き上げる政策をすべきではないかという議論がよく出てきます。介護報酬を引き上げたら、本当に介護労働者が確保できるのかをデータで見る必要がある。これまでの公開された、パブリッシュされた研究で唯一だと思いますが、経済系の研究で、介護保険が始まった 2000 年から初めて 2009 年に介護報酬の引き上げがありました。

これに着目をした上野先生の研究ですけれども、特別区、特に人材不足が大きいところですが、東京 23 区における介護報酬の引き上げによって、本当に介護労働力の確保に結びついたのかという研究をしています。介護報酬の改正前と改正後と比較した分析結果がこちらです。2009 年の介護報酬の改定によって、介護労働者の賃金は 4～5%、有意に上昇しました。有意というのは、統計的に意味のある違いがありました。ただ介護報酬の引き上げが離職率に影響を与えたのかというのを見てみると、統計的に有意な影響というのはほとんど見られませんでした。また、賃金がふえたのだから労働時間がふえたかを見てみましたが、労働時間に与える影響は全く観察されませんでした。介護報酬を引き上げたら、実は離職率や労働時間という、介護労働力不足に対して意味のある、効果のある改正なのかということ、実はそうではないかもしれない。なぜこのような結果を得たのか。

介護報酬を引き上げたのに、なぜ介護労働力不足が解消されないのかということですが、先ほどお見せした有効求人倍率の図を見ていただければと思います。介護報酬が引き上げられた 2009 年 4 月、介護労働市場はどうだったかというと、有効求人倍率がほぼ 1 だったのです。需要と供給がほぼ一致していて人手不足なんて生じていない、

そのときから初めて介護報酬を引き上げたのです。政府の狙いは、ほかの産業よりも賃金が低いことから、賃金を引き上げることにつながる介護報酬を引き上げているのですが、介護労働市場にとっては幸運だったことに、その直前の2008年秋にリーマン・ショックが起こって、ほかの産業で失業した方が介護産業に流れてくるということが起こりました。このときは、介護産業はほかの産業と比べて賃金が高かったため、介護報酬を引き上げなくても、介護労働力不足は解消していたのです。ですから介護報酬の改定をしても、介護労働力の確保にはつながらなかったのは、こういった背景があります。ピークは2008年9月で、もう解消している時期に改正をしても何の意味もなかったわけです。

ここから人材確保に向けての課題を上げていきたいと思います。まず賃金について。最初のほうでお示ししましたが、介護職の賃金を高めることは鈴木先生のご研究にあるとおり、ほかの産業に転職する確率を減らすかもしれない。ほかの産業への転職を抑制するかもしれない。ただし、そのために介護報酬を引き上げようという政策をしても、もしかしたらうまくいかないかもしれない。先ほど上野先生のご研究でも見ていただいたとおり、介護労働者の人材不足が起こったり起こらなかったりするのには、日本のマクロ経済の景気と非常に関連があります。ですからそのタイミングでうまくいかないと、介護報酬を引き上げるということは、結局保険料50%、税金50%で運営しています。私たちの保険料が上がる、私たちの税金が上がるということです。ですから介護報酬を引き上げることが全ての問題をクリアにするということではない。

今後考えなければいけないことは、介護報酬が3年間固定ということが問題なので、より柔軟に介護サービスの価格を変えられるような仕組みを私たちは考えなければいけないと思います。

最後に、賃金以外の要因も実は人材確保で必要です。1点目、介護作業で体調を崩してしまうからやめるといふ方が多いので、それをさせないような方策を私たちは考える必要があります。2点目、出産・子育てで労働市場を離れてしまう方が

いるので、子育て支援ができるような環境整備も実は介護労働力の確保としては重要だと考えております。以上です。ありがとうございました。(拍手)

#### 大坂恵里

花岡さん、ありがとうございました。

それでは第3報告に移ります。聖心女子大学教授の大槻奈巳さんに、「介護職における職務の価値と賃金～同一価値労働同一賃金の視点から」というテーマのご報告をお願いします。

#### 大槻奈巳（聖心女子大学教授）

聖心女子大学の大槻です。今日は「介護職における職務の価値と賃金」ということで、特に同一価値労働同一賃金の視点から報告させていただきます。

まず、いま政府が同一労働同一賃金という言葉を使っていますが、「価値」が入る同一価値労働同一賃金とはどういうことかという点、もともとイギリス等で男女の賃金格差を是正するために始まった考え方です。男女の賃金格差を是正するときに、多くの場合、女性が多くを占めている仕事と男性が多くを占めている仕事と分かれていることが多く、女性の賃金を上げるときに、男性職と女性職を比べる必要があります。そのときに、異なる職種や職務であっても、労働の価値が同じであれば、性の違いにかかわらず同一の賃金を払うことを求めるという原則が始まっています。

異なる職務の価値は、職務評価をして仕事の価値を測ります。このとき、一体どういう指標や尺度で仕事の評価をするのか、また、どういう方法で評価を用いるかが非常に重要です。私たちのグループは2007年に、同一価値労働同一賃金の考え方に基づいて、ホームヘルパーと施設介護職員を看護師と比較して調査を行いましたので、今日はその報告をします。

現在、同一価値労働同一賃金の原則は、正規労働者と非正規労働者の職務の格差は正にも適用できると考えられています。同一価値労働同一賃金の取り組みは、特にILOが推進しています。ILOのガイドブックは、ウェブ上から簡単にとることができます。日本語で書かれているものもありますので、関心があればぜひ見ていただければと思



います。

ILO は職務を評価する物差しとして、負担、知識・技能、責任、労働環境を提示しています。一方で、厚生労働省が提案する職務評価には、ILO の言う四つの大きな指標の中で、労働環境と負担の指標が入っていません。花岡先生の報告でも、身体的負担の部分が賃金プレミアムになっているのではないかというお話がありましたが、労働環境と負担が入っていないということは、非正規の人に不利になる可能性が結構高い。どうしてかというと、責任や知識・技能は、多くの場合、正社員のほうが非正規よりも高くなる可能性があり、労働環境と負担は非正規のほうが正規よりも高くなる可能性があるからです。ところが、それが厚生労働省の職務評価には入っていない。また、活用係数を用いていることも問題があると考えています。

政府の言う同一労働同一賃金と、同一価値労働同一賃金を比べた表を作成しました。同一価値労働同一賃金にした場合は、全労働者が対象となります。ところが、いま多くの会社は全く同じ仕事を正規と非正規が行うことは避け、少しずつの方策に出ています。ですから、『毎日新聞』の試算では、政府が言っている同一労働同一賃金では、非正規 940 万人いるうちの 32 万人ぐらいしか該当しないのではないかと指摘されています。

また、「よりどころ」ですが、同一価値労働同一賃金では ILO 第 100 号条約の「同一価値の労働者についての男女労働者に対する同一報酬に関する条約」という根拠がきちんとありますが、政府は言及がありません。賃金の決定方法は、仕事の価値を図ることを行います。政府の場合は、正規は年功で非正規は仕事の価値ということになっています。職務評価の指標は、国際基準では知識・技能、責任、負担、労働環境ですが、厚生労働省が行っているのは知識・技能、責任しかありません。

同一価値労働同一賃金の原則に基づく賃金の決定は、例えばスーパーの正規労働者と役付パートと一般パートの職務評価が 10 対 9 対 8 だったら、賃金も 10 対 9 対 8 を払ってくださいという考え方です。計算方式としては、例えば正規と非正規

の職務評価点が 10 対 8 だったとして、正規の時給が 1600 円で一般パートが 950 円だったら、正規の 1600 円に 10 分の 8 を掛けるものが非正規の時給になるという考え方です。

この考え方をすると、多くの場合、正規の賃金さが下がるのではないかという心配が出てきます。カナダのオンタリオ州では、同一価値労働同一賃金を達成する目的、いかなる賃金の引き下げも禁止という法律を入れています。

職務評価の実施方法としては、職務評価委員会をつくる、職種・職務を確定する、職務を見える化する、職務評価を行う、賃金を算出する、そして労使交渉になると思います。なぜ委員会が必要かというと、指標や尺度をつくる際に、経営者側、労働組合、男性、女性、正規、非正規、それら全員が納得したものにする必要があります。今回はアンケート方式で行いましたが、メンバー全員が納得する質問方法にする必要がありますので、委員会に全ての構成員の代表者を入れる必要があります。それから、対象とする職種や職務を確定します。

実際に看護師、施設介護職員・ホームヘルパー、診療放射線技師で、職務の見える化を行いました。今回、ホームヘルパーは全員非正規、施設介護職員は全員正規で分析しています。看護師、診療放射線技師も全員正規です。この調査の設計は、もともとはホームヘルパーの賃金を何とかもつて是正できないか、一体幾らぐらいの賃金が妥当なのか、施設介護職員の正規と比べようというものです。そして、施設介護職員も決して賃金が高くないのではないかとということで、看護師と比べました。看護師も自分たちの賃金にそんなに納得していない専門職集団ですから、その人たちよりも少し高い診療放射線技師と比べようという考え方です。診療放射線技師は最近女性もふえています、男性が 7 割近くを占める職業です。看護師は 9 割近くが女性の占める職業ということで、この設定をしています。

得点要素法による職務評価とは点数化することです。四つの指標、負担、知識・技能、責任、労働環境を設定し、その下にもう少しかかる要素を設定しました。これも ILO が大体こうい



うことを目安にと言っていますが、負担の中には身体的負担、精神的負担、感情的負担を入れています。先ほどの花岡報告では身体的負担が重要ではないかということでしたが、私は感情的負担が重要ではないかと思います。特にホームヘルパーの人は、この感情的負担が非常に高い。全ての職務と連動しています。

知識・技能としては、仕事関連の知識・技能、専門的資格の取得に要した就学期間等、コミュニケーションの技能、問題解決能力を設定し、責任としては、人、物、金、情報、利益目標に対する責任を入れ、労働環境としては、労働環境の不快さや危険度、労働時間の不規則性などを設定しました。

各指標ごとにウエートを設定します。括弧がILOが言っているウエートのパーセントで、こちらは私たち研究会が設定したものです。全体を100として、今回は負担に25%、その中で感情的負担を少し高くして9%にしました。こちらはレベルの1、2、3と設定し、例えば感情的負担があまりない人は30点、かなりある人には90点の点数をあげるという設定です。

今回は医療職ということで資格職にこだわって知識・技能に39%、責任に24%、労働環境に12%という配点にしています。当然のことながら、この物差しのつくり方によって、職務の点数にかなり影響が出ますので、ここを全ての人が納得いくつくり方をする必要があります。私たちもこれは試算でやってみたので、別にこれが一番いいとも思っていません。今回、ホームヘルパー、施設介護職員、看護師、診療放射線技師の職務の価値をはかる上で、これらの指標尺度を用いたということです。

職務評価のやり方は、コンサルタントなどの第三者が評価する場合や上司が評価する場合など、さまざまな方法がありますが、今回私たちは試案という形で、自分で自分の評価をしてもらう自記式という方法をとりました。例えば感情的負担では、このような感情的負担がどの程度あるかを聞いています。実際に評価するときに職務評価点を出しますが、今回は主要な五つの職務と仕事全般を出しています。ホームヘルパーに関しては、山

根報告では結構年齢が高いということでしたが、私どもが行ったこの調査では7割近くが50歳以上です。施設介護職員は全員が正規で30歳未満が半分程度でした。

実際に職務評価はどうだったか。どんなものが主要な仕事かという、看護師の場合、容態の観察・モニタリング、体位交換、清潔の援助などが挙がっています。一方で、職緊急時の対応や学生の指導、管理業務などの職務評価点が高い状況です。看護師の一つの大きな特徴として、主要な仕事と職務評価点の高い仕事が一致していないということがあります。

では施設介護職員はどうなのか。施設介護職員の主な仕事は、トイレ介助や食事介助、移動介助、体位交換、清拭です。職務評価点が高いものとして、緊急対応、相談・援助、清拭などが挙がっています。ホームヘルパーの主要な仕事は、掃除、洗濯、調理などで、緊急対応、移動介助などが職務評価点が高くなっています。

施設介護職員の賃金を上げるために、看護師と比べて職務評価をやってみようという設計をしたと言ったときに、施設介護職員と看護師は仕事が全然違うのではないかと思われた方がいると思います。しかし、これを見ると結構重なっています。特に主要な仕事と回答したところを見ると、看護師は清潔の援助が2番目、3番目が排泄の援助、5番目が体位交換と移動の介助です。施設介護職員はトイレ介助が1位、移動介助が3番目、清拭・入浴が4番目ということで、看護師と施設介護職員のトップ5の仕事は割と重なっていることがわかります。職務評価をやるよさは、このように実際のところどうなのかがはっきりするところだと思います。

実際に職務評価点を出してみました。看護師を100%にするとどうなっていたかということ、例えば全部の平均では看護師が780.9点でしたが、施設介護職員は741.4点、看護師を100とすると94.9%の割合でした。つまり、職務評価点から見ると、看護師と施設介護職員は職務の価値がほぼ同じだということがわかります。ではホームヘルパーはどうなのかというと、看護師に対して88.1%、放射線技師は85.4%という状況です。仕

事全般の職務評価点が一番高いですが、100%、96.4%、83.9%、84.6%ということで、看護師と施設介護職員がほぼ拮抗し、ホームヘルパーは看護師の約 8 割という結果が出ています。

ホームヘルパーの職務の価値は看護師の 8 割程度ありますが、もう少しホームヘルパーの働き方の特徴をこの結果から見ると、感情的負担の割合が 9.96 と一番高い。特に、いろいろな仕事と感情的負担のかかわり合いが強い。どういうことかという、例えばコミュニケーションの技能という仕事を行いながら感情的負担が高いということです。どの仕事をしながらも感情的負担が高い特徴があります。

これは、賃金に影響を与える要因は一体何かを見た表です。男性なのか女性なのか、年齢、学歴、資格など、それらの要素を全部入れてみて、一体何が一番影響を与えているかを見ました。

施設介護職員の場合、男性のほうが女性より賃金が高いという結果がはっきり出ています。また、高校や専門学校卒よりも大卒、大学院卒のほうが賃金が高い。また、労働環境が厳しいと調査で答えた人のほうが賃金が高いという結果になっています。これは恐らく夜勤手当などの手当が出ている、それから年齢が高いことが影響していると思います。施設介護職員の賃金は、男性のほうが高い、年功的な賃金、学歴も高卒より大卒のほうが高いのが特徴です。

では看護師はどうか。看護師も年齢が高いほうが賃金が高い。正看護師の人が高い。自分の技能が高いと答えた人のほうが賃金が高い。あとやはり自分の労働環境が厳しいと答えた人のほうが賃金が高いという結果になっています。

ところが一方、ホームヘルパーは何の要素も賃金に影響を与えていません。つまり、仕事の負担が高かろうが、知識・技術があろうが、責任があろうが、どんな資格を持っていようが、年齢が高かろうが低かろうが、ホームヘルパーにはこれらの仕事の要素が賃金に全く影響していないことがわかりました。私としては、もう少し仕事の内容が賃金に反映されるべきではないかと思います。

次に、是正賃金は幾らぐらいになったかを見ます。これは月給から換算した時給ですが、看護師

の場合は 1913 円、ボーナスを入れると 2366 円という結果になりました。施設介護職員は月給から換算すると 1438 円、年収だと 1739 円です。ホームヘルパーは月給だと 1237 円、年収でもボーナスがないためか 1243 円という結果になりました。

ところが、仕事全般の職務評価点は、看護師 100 に対して施設介護職員は 96.4、ホームヘルパーは 83.9 です。同一価値労働同一賃金の考え方は、仕事の価値の割合で賃金を払うことになります。ですから、今 100 対 75 対 64、ボーナスを入れると 100 対 73 対 52 ですが、これを 100 対 96 対 84 で賃金を払ったらどうでしょうというのが同一価値労働同一賃金の考えです。

月給から換算してどれぐらい賃金上がるかというと、介護職員は 407 円、ホームヘルパーは 369 円上がります。パーセントとしては 3 割ずつぐらい上がった金額が妥当ではないかと。年収換算では当然ながらもっと上がります。介護職員で 3 割ぐらい、ホームヘルパーで 6 割ぐらい上がった額が、同一価値労働同一賃金の職務評価に基づいた方法として妥当な額ではないかということになりました。

まとめとして、施設介護職員は現在の賃金から 28～37%、ホームヘルパーは 29～67%上がった額が、同一価値労働同一賃金の試算により、職務の価値を評価すると妥当という結果になりました。ただし、同一価値労働同一賃金の考え方に基づいて職務評価をやることで、全ての賃金が決定されるわけではないと考えています。当然のことながら、最低賃金との関係や、介護職においては診療報酬との関係もあると思います。また、生活できる賃金の水準ということも考えなければいけません。

同一価値労働同一賃金の考え方で試算する重要性は、一体どの程度の賃金が妥当なのかということに、やはり仕事の価値をはかることが非常に大切だからです。仕事の価値をはかり、仕事を評価すると、このような差が出ている、なのでこの賃金にしてはどうかという、ある種の根拠を提供できるのが、同一価値労働同一賃金の職務評価のやり方ですし、それに基づいた賃金是正の方法だと思います。

何といってもやはり、非正規のホームヘルパーの賃金は、年齢、学歴、資格、労働環境、少なくとも仕事の要素をもう少し反映した賃金にすべきではないかと思います。看護師は、正規の正看護師資格や、技能をどの程度持っているかということが賃金に影響していたり、施設介護職員も看護師も労働環境が賃金に影響しています。しかし、ホームヘルパーは何も影響していない。ここがやはり介護職の賃金を考える上で重要なことではないかと思います。

最後に、時給のところを少し申し上げます。今回用いたのは、基本給と年収から換算した基本給月額ですが、このときの比較対象の賃金の確定自体が結構大変ですし、どういう賃金で最終的に採用するかということもあります。そういう意味でも、委員会をきちんと立ち上げる必要があると思います。最終的には、職務評価をして是正賃金を出したら、労使交渉を行っていくというステップを踏むことになります。

同一価値労働同一賃金という考え方をういて、介護職の賃金をどうやって上げていくかというお話をしました。どうもありがとうございました。(拍手)

**大坂恵里**

大槻さん、どうもありがとうございました。

(休憩)

**大坂恵里**

それでは再開いたします。まず初めに、東洋大学社会学部准教授の村尾祐美子さんからコメントをいただきます。その後、3人の報告者からリプライをしていただき、その後、質疑応答に移ります。本日、録画・録音をしていますので、質疑応答をされる方はご了承のほどお願い申し上げます。それでは村尾さん、よろしく願います。

**村尾祐美子**（現代社会総合研究所運営委員・社会学部准教授）

ただいまご紹介にあずかりました村尾祐美子です。本日は3人の登壇者の方に大変興味深い報告をいただき感謝しています。また、皆様ご参集くださいましてありがとうございます。私のほうからは、お1人ずつに何う形で手短に済ませまして、フロアの方からのお時間を確保します。

まず山根先生のご報告の特徴は、今まで介護保険の制度の研究の中であまり注目されてこなかった、事業者と労働者の関係、またその関係の中でさらにジェンダーという要素がどのようにきいているかについて着眼されたところに、大変興味を持ちました。

介護保険が目指した効率化は、女性に家計補助的役割を担わせるジェンダー構造を前提としており、介護保険という準市場での効率化が、実際に労働する人に対して、労働力を切り下げる形で運用され、そこから効率性を調達しているというご批判だったと思います。

労働者不在のモデルから変わっていく中で、労働者を組み込んだ準市場という観点から、2階建て構想を主張されています。これは、事業費と事務費は介護給付金の保険で、人件費の部分は税金の措置制度でという提案です。今日のテーマは、「日本における介護労働とその賃金」ですから、人件費部分は税金の措置制度でということですが、そこでの労働の価格をどう構想しているか、介護労働に携わる人の賃金についてのお考えを聞かせてください。

2番目の花岡先生のご研究について、二つ質問があります。一つは、上野さんの研究の話です。介護労働安定センターの介護労働実態調査は、たしか2007、2008、2010年は、介護労働者と施設管理者を分離しないでとっているデータではないかと思います。2012年ぐらいから施設管理者とヘルパー的な介護労働者と別々にとっています。施設管理者で介護労働を兼ねていると、ここに入ってしまうと思います。そういったデータの問題点があるのではないのでしょうか。つまり、施設を管理する人と働く人との関係がブラックボックスだという指摘が山根先生からありましたが、データについてどう思われるかということです。これは簡単にお答えいただければと思います。

花岡先生の研究で私自身が一番興味を持った点は、介護労働に関して業務上のリスクに対する賃金プレミアムが存在しているのではないかという指摘です。業務上のリスクに対する賃金プレミアムが支払われていないことに対して、健康を害するものへの予防が必要ではないかという提案です。



が、これはある意味、賃金プレミアムを通しての対応という形にならないように思います。

ただ一方で、介護報酬を引き上げに実効性があるのかどうか。これも 2010 年以降のデータでやればわかるかもしれませんが、賃金プレミアムから働かない人たちに市場に来てもらうために、予防ということではどうなのか、賃金としてどう対処していくかというお考えを伺いたいと思います。

大槻先生のご報告は、同一価値労働同一賃金の視点から実際に調査された結果の研究で、とても興味深く伺いました。最後のご報告ということで、前の報告と関連づけながらお話いただき大変ありがたかったです。ここでは主に職場の中での職務評価を行い、話し合いの中で賃金の問題を解決していくアプローチがとられていますが、例えばこの形をより政策的に推し進めていくとしたら、どのような方策の可能性があるかについてお考えを聞かせてください。以上です。

#### 大坂恵里

村尾さん、ありがとうございます。それでは 5 分ぐらいずつ、各報告者の方にお答えいただければと思います。

#### 山根純佳

村尾先生、コメントありがとうございます。ざっくりとした質問ということで、私の提案ももちろんざっくりとしたもので、実際それが実現可能かを推計しているわけではありません。ただ、措置制度的には人件費部分はきちんと経験年数で上がっていくということがあり、経験年数で上がっていくがゆえに非常にお金がかかるということが、措置制度への批判になっていました。ただし公務員並みに賃金を上げていくこと自体が、イコール質を低下させていたわけではないと思います。そこを一緒に人件費が上がっていくから措置制度はよくないという議論があったかと思いますが、そこは区別して人件費という形で人に投資し質を担保しつつ、供給の多元化を図ることが可能ではないかということが 1 点です。

それからもう一つ、ヘルパーの場合はかなり移動時間がありますので、移動時間も含めた形での常勤の勤務がふえてくことが望ましいと思いま

す。大槻さんの報告で、職務評価の職務の中に移動は入っていないのかという点が気になりました。移動に伴う交通事故などのリスクは非常に大きい。また、個人宅では、セクハラリスクも高い。それは精神的負担に入る気もしますが、そこを入れたらヘルパーも施設介護職員並みに上がるのではないかと思います。移動時間も含めた形での勤務体制が可能になることが望ましいと思います。

もちろん需要の拡大と同時に、労働者をどう確保するかという問題は出てきます。そこで賃金を上げたり下げたりする必要があることは経済学的な説明があると思いますが、現場を見てみると、やはり移動時間などのリスクが大きいと思います。

また、登録型のヘルパーだとセクハラが起こったときに、直行直帰のため事業所に戻ってそれを一々報告できないことや、事業所のトップが男性だった場合に、セクハラを報告しても軽く流されてしまう問題もあります。そういった労働環境を上げるためにも、やはり常勤フルタイムという形がいいのではないかと考えています。

#### 花岡智恵

村尾先生、ありがとうございます。質問を 2 点いただきました。まず 1 点目が、上野先生の研究で、介護労働実態調査について使っているデータの年次を考えると、施設管理者と現場の介護職が分離されていないため、そのデータで分析することに何か意味があるのかという質問でした。この分析では実際に現場で働いている労働者を取り、調査票にその人のポジションについての変数もあるので、そこをコントロールした上で実際に現場で働いている施設の介護職員の方や訪問介護事業所のホームヘルパーの方を取り出して分析しているので、ご指摘いただいた問題については生じていないと考えます。

2 点目ですが、本当に賃金が低いのかということについて、就業構造基本調査のように 70 万人を超えるデータで行うと、統計データで見る限り全産業と比べても遜色のない水準です。しかし、実際に働いている方は賃金が低いと言う。なぜか。私の考察は、業務上のリスクを考えて自分の賃金



を判断するから、賃金が低くなるのではないかと提案しました。先生からは、業務上のリスクが起らないような予防策が必要ではないかと言っているが、それは本当に実効性があるのか、賃金としてどう対処するかについてどう考えるかという質問でした。

この問題を考えるためには政策として二つあると思います。1点は、介護の現場で業務上のリスクが高いのであれば、まずそれを減らすことです。もう一つは、先生がおっしゃった、その上に賃金を上げることも考えられます。

まず賃金を上げることにについてですが、賃金を上げるということは、つまり補助金で実施するか、もしくは介護報酬で対応するしかありません。40歳以上の介護保険料を上げることと、税金が上がるということです。介護報酬の50%は税金で、50%は保険料から成立しています。それについて国民からの納得が得られるか。介護事業所が業務上のリスクを減らすことについて何もしていないのに、その分、賃金を上げることについて納税者は納得するかをまず考えなければいけません。

もちろん介護事業所の労働災害は多いですが、ほかの業種についてもしっかりと業務上のリスクを勘案した上で、賃金水準が高いか低いかを分析し、賃金を上げるかどうかを検討するべきだと思います。

労働災害を減らすことなくして賃金を上げることはやはり難しいと思います。実際に、介護の技能に関する研修や、感染症の予防についての研修、事故を減らすためにどういうことをしなければいけないかについて研修を行っている事業所は離職率が低い。研修をやっている事業所とやっていない事業所で、統計的に意味のある違いがあります。ですから、もちろん賃金を上げることも重要ですが、その前に労働災害を減らすための研修などをしっかり行うことを義務づけることも重要ではないかと考えています。

#### 大概奈巳

村尾先生、ありがとうございます。政策的に同一価値労働同一賃金を広げていくためにはどうすればよいかという、大変大きなご質問をいただ

きました。私がまず思うのは、ちょうどいま政府が同一労働同一賃金について言っていますので、この機運に乗らないわけにはいきません。ただ、同一労働同一賃金ではなく、同一価値労働同一賃金にしなければいけない。

もう一つは、厚生労働省が職務評価を推進していますが、職務評価が国際標準のものではないということです。四つのファクターを使って行う職務評価が国際標準になっていますが、残念ながら厚生労働省が推進している職務評価は、負担と労働環境が落ちています。負担と労働環境が落ちるということは、非正規に対して不利になる可能性が高い。ですから、同一価値労働同一賃金の考え方でやっていく必要があるということと、厚生労働省がいま行っている職務評価を是正していく運動や指摘をしていくことが一つあると思います。

今日ご紹介したのは、異なる職種間における賃金の是正方法ですが、まずは正規・非正規の是正を行うことが政策的には受け入れられやすいのではないかと思います。正規・非正規の是正をやっていかなければいけないと問題意識を持っている企業が多くありますので、そこを広めていく。そして、きちんとした職務評価を実施していく。同一労働同一賃金は32万人しか該当しないことを周知していく中で、同一価値労働同一賃金の考え方を取り入れていく企業が出てくると思います。

山根先生からあった介護労働者の移動時間については、労働時間の不規則性の中ではかることができます。行っている仕事では、早出・遅出、夜勤、残業、休憩がとれないなどの程度をはかります。ここに移動が多いことが含まれるのではないかと思います。また、セクシャルハラスメントの部分は、労働環境の不快さや危険度について今回聞きましたが、この中に入れ込むことができるのではないかと思います。

ただ、労働環境の不快さや危険度、労働時間の不規則性という二つで聞きましたが、何でどう聞いていくかが非常に重要ですから、全ての構成員を代表するメンバーでこれを決めていく必要があると思います。

#### 大坂恵里

コメントとリプライをありがとうございます

た。それでは、フロアのほうからご質問がありましたら、質問相手方の先生のお名前とご質問について伺えればと思います。挙手をお願いします。

#### 質問者 A

東洋大学社会学部の須田です。今日は大変いい時間をいただきました。また学際的なこの場ということも、大変楽しく参加させていただいています。お三方の話に触発されての質問ですが、あえて申し上げると花岡先生に教えていただければ幸いです。

私は社会学ですから、勘違いといいますが変なことを言うかもしれませんが、今日は介護労働や介護保険など、かなり大きな言葉も出ましたが、実際に介護労働に従事している人は非常に多様で、お医者さんや看護師などもかかわってきます。その中でも特に賃金やキャリアが積み上がっていないことや、重労働の割に待遇が悪いなど、介護に従事している労働者の中でも、いわゆるセカンダリー・レイバー・マーケットに属している人たちの話だと理解しました。

介護労働市場に参入していく労働者の動きがマクロ経済と連動することは大変興味深いですが、もしプライマリー・レイバー・マーケットとセカンダリー・レイバー・マーケットが介護労働市場の中にもあるとすると、恐らくマクロ経済に連動しやすいのは、専門性が低くどこにでも動ける、いわゆるセカンダリー・レイバー・マーケットにカテゴライズされる介護労働市場にたまたま属している人たちだと思います。そうすると、セカンダリー・レイバー・マーケットの中だけで比べたとき、たまたま介護にかかわっている人の動きはどうでしょうか。とりわけマクロ経済と連動しやすいのでしょうか。

#### 花岡智恵

有効求人倍率では、ホームヘルパーと介護施設で実際にダイレクトケアを行っている介護職員の方についての値を見ていますので、おっしゃるとおり専門性が低い職種の方について景気に左右されると見ています。その後の質問をもう一回お願いします。

#### 質問者 A

例えば同じセカンダリー・レイバー・マーケッ

トでも、ヘルパーさんやそれ以外も職種もあると思います。それも同じように連動するのか、連動ぐあいは特に介護職で特徴があるのか。

#### 花岡智恵

これまでの先行研究では、海外の研究も日本の研究も、ダイレクトケアを行っている従事者のみに焦点を当てた研究しかありません。それ以外の介護に携わっている方についてどういう動きをしているかは、これから分析する必要がある研究だと思います。

#### 質問者 A

ありがとうございます。

#### 大坂恵里

ご質問ありがとうございました。ほかにいらっしゃいますか。

#### 質問者 B

東洋大学名誉教授の小苺米です。今日は新しい研究成果を勉強させていただきました。

年齢的には私は介護の対象になりますが、それはそれとして、現政権は実質賃金が上昇しない理由の一つに、サービス産業、特に介護サービスの生産性が非常に低いことを挙げています。ご承知のように、労働生産性という概念は製造業をバックに積み重ねられてきたものですが、現政権は労働生産性が低いことが経済成長や賃金水準にかかわっているとよく言います。お三方の研究分野から見て、介護サービスにおける生産性の上昇についてどう捉えているかご披露いただければと思います。

#### 大坂恵里

ありがとうございます。お三方ということで、それぞれお答えいただければと思います。

#### 山根純佳

今までの厚労省のやり方は、基本的に要介護状態が改善されたか、維持されたか、その割合が何%かということで、家事援助は必要ないという形でサービスを縮小してきました。要介護状態の改善や維持、もしくは介護保険から卒業することがよいケアだとサービス利用者が理解するのであれば、政府が試算しているような介護保険から卒業することが生産性の高さになると思います。しかし、恐らく現場で私が利用したとしても、それが

イコール生産性ということではなく、より安心した生活が継続できること、満足したサービスを受けられることがよいケアだと思います。そういう観点からいっても、専門家に対する投資と利用者満足ということで、アウトカムではなくプロセスを評価することが重要だと思います。

#### 花岡智恵

私は経済学の分野で回答させていただきます。労働生産性とは、1時間あたりに生み出される仕事からの価値です。現政権が参照している生産性の値はどう計算しているのかわかりませんが、恐らくやっていることは、労働時間と、それから生み出されたサービスを価格で評価したものを価値と置いて労働生産性をはかっていると思います。そうしたときに介護サービスの何が問題かという、価格は全部、政府が決めている公定価格だということです。実際に生産性が高かったとしても、その生産性は価格に反映されていません。それが問題だと思います。

上野先生の資料を拝見すると、例えば30分未満の身体介護について、介護報酬では245点がついているので2450円という価格が設定されています。私がホームヘルパーとして登録したときに、私のようにきちんと家事ができなかったり、あまり介護がうまくない人間の30分と、30年間ホームヘルパーとしてやっているすご腕の方も同じ価格になってしまいます。これは同じ価値ではありません。全くサービスの質が違うのに、価格は同じです。これがおかしいと思います。

研究者の間では、サービスの質に応じて価格が変わらないことが問題ではないかと話をしています。介護サービスの価格がもっと柔軟に変更できるような仕組みを取り入れるべきではないかと。具体的にどうするかというと、介護報酬はその価格はオーケー。ただし、質が高いサービスを提供できるヘルパーや職員には、利用者からプラス300円いただきます。それは、こちらからの言い値で、市場で決まる自由価格として利用者から徴収する。質が高いサービスにはそれに見合う価格を利用者からもらう、混合介護という仕組みを導入することによって、質を反映した介護サービスの価格にするべきではないかという議論をしてい

ます。

実際にこの議論は去年行われ、公的介護保険には導入されませんでした。来年の4月から実験的に東京都の豊島区で混合介護が始まります。サービスの質に応じた価格づけが介護保険でできるかどうかは、恐らくその結果を見てこれから議論されると思います。

#### 大槻奈巳

お2人から回答があったので、私からはつけ足すだけですが、同一価値労働同一賃金の考え方の立場からいくと、サービスの質に応じた報酬を仕事の価値に応じた報酬と転換すると、同一価値労働同一賃金の考えに依拠しつつ、報酬を上げるという考えになると思います。

#### 質問者B

ありがとうございました。

#### 山根純佳

花岡先生に質問です。ジェンダーという視点から議論するという本シンポジウムのテーマから一つ、そもそも介護職の賃金は低いのかということです。性別とコントロールすると低くないというのは、安倍首相が「女性の賃金は低いのだから保育士の賃金は別にこれでいい」と言うこととどこが違うのか説明をお願いします。

#### 花岡智恵

賃金が低いかというとき、全ての状況を同じにしてたまたま介護であった場合と、例えば私は大学の教員ですが、大学教員だった場合に賃金が違うかを比較しています。ここで言っているのは、果たして介護職にたまたまついたというだけで、賃金が低いということになっているのか。個人の属性を全て同じとしたときに、違う職種にいた場合に賃金が違うということが起こるかどうかを見るために、このような調整をしています。

もう少し言わせていただくと、経済学でなぜ女性の賃金が低いのかという関連で、なぜ女性のほうが介護を提供し、男性は提供しないのかという議論します。例えば私自身が自分の親に介護を提供するとします。そうすると、私にとって何がコストになるかというと、労働市場に出て、例えば1時間大学で働くことで得られる賃金をギブアップして、私は親に1時間の介護を提供することに



なります。つまり、介護を提供するコストはどういうコストかという、その人が市場に出て働いていたら得られたであろう賃金を諦めることから、介護を提供する 1 時間のコストは何かというと、その人の市場価値だと言われています。これを経済学ではオポチュニティコスト(機会費用)と言います。最近、日本でもヨーロッパでも介護を提供する女性が減り、男性がふえてきています。なぜこのことが起こっているかという、ヨーロッパでも日本でも男性と比べて女性の賃金が高くなったことにより、女性が介護を提供する機会費用、市場で働くことを諦め介護を提供するコストが高くなってきているからだという議論をしています。

経済学でジェンダーというくくりよりも、性別を同一にすることで女性をコントロールするということと、もう 1 点は、私たちは機会費用という、市場賃金と比べて介護を提供することのコストを考えるために、属性をコントロールしています。

#### 山根純佳

女性の賃金に合わせた賃金構造の中で、男性が参入しても離職していくのをさんざん見ているので、そのような賃金体系が介護労働市場のジェンダー構造をつくっている大前提ではないかという点はお伝えします。

#### 石井晴夫

東洋大学の石井です。今日は大変な貴重な発表と討論をありがとうございます。門外漢ですが、こういうアプローチで経済学と社会学はコラボできると目からうろこで勉強になりました。一つだけ大槻先生にお聞きします。私の経営学研究科に放射線技師の社会人が来ています。今日のデータを見ると、コメディカル、放射線技師の年収が看護師に比べて高い。100%が正規で、女性も多く、男性と 6 対 4 ぐらいの割合になってきている。回答のデータに基づいていろいろ分析されていますが、放射線技師が高過ぎるということで賃金は正額がマイナスになっており、これを本人が見たら大変ショックを受けると思います。

そこで私なりに考えてみましたが、やはり放射線技師の資格は現場の実習などがあり、年数がたたないと取れない。ところが看護師は准看で 18

歳から仕事につける。最近特に技師関係のライセンスが難しくなり、実際に技師として職種につけるのは 20 代の半ばから、専門的になるともっと資格試験が必要になってきます。いま放射線治療の分野が非常に盛んになっていますので、治療をするときもドクターではなくコメディカルの人が全部セッティングをやっています。専門的なところから見れば、賃金はむしろ安いぐらいではないかと。

また、放射線技師は看護師から今まで伝統的に低く見られている。自分はライセンスを持ってしっかりやっても、看護師は自分たちよりもいい待遇を受けている、楽な仕事ではないかと。自分たちはそれ以外のところでプレッシャーがあるという話をよく聞きます。これは私のところに來ている院生ではなく、別の病院のコメディカルの方々と意見交換したときに話を聞きました。この辺はどのように考えたらいいのか教えてください。

#### 大槻奈巳

報告したときに、診療放射線技師はなぜ点数が低いかについては申し上げませんでした。知識・技能をどのように取得するかという資格の部分の反映が弱かったことがあり、低く出てしまいました。その後行った調査ではもう少し資格の部分を入れ込んだという経緯があります。ただ、それを除いても、やや看護師と比べて賃金水準が高いと分析上思います。

診療放射線技師の仕事の場合、对患者における仕事の広がりやのなさが仕事の価値に少し反映したことはあると思います。ただ、今回の場合、診療放射線技師の対象者数がかなり少なかったのも、それも一つ影響した要因だと思います。

最初の報告のときに看護師と診療放射線技師のことは申し上げませんでした。診療放射線技師の例を載せたのは、賃金水準が現在の賃金の 80% ぐらいが妥当になっているので、職務評価を行うと、仕事の価値から見ると賃金下がるケースがあることをお伝えしたかったからです。しかし、例えばカナダのオンタリオ州などは、同一価値労働同一賃金で職務評価をやった場合に、どんな賃金も下げることは禁止するというので、賃



金が下がらないような設定をしていることもあり  
ますので、そこをどう考えていくかだと思います。

**大坂恵里**

ありがとうございます。まだまだ続けられそう  
な感じがしますが、予定の終了時刻を過ぎていま  
すので、質疑応答はこちらで終わらせていただき  
ます。本日の登壇者の皆様にいま一度大きな拍手  
をお願いします。(拍手)

ありがとうございました。現代社会総合研究プ  
ロジェクト「超高齢社会の医療と介護に関する研  
究会」では、来年度にも介護サービス市場のグロー  
バル化に着目したシンポジウムを開催する予定  
です。その際にはぜひまたご来場いただければと  
思います。

以上をもちまして、現代社会総合研究所シンポ  
ジウム「日本における介護労働とその賃金：準市  
場とジェンダーの視点から」を終了します。本日  
はまことにありがとうございました。

(終了)